



KLINIČNA POT SINDROMA KARPALNEGA KANALA (enodnevna obravnava)

Prvi pregled v kirurški specialistični ambulanti				
Datum pregleda v kirurški specialistični ambulanti				
Zdravnik, ki je opravil pregled:				
Veljavna napotnica izbranega zdravnika				DA NE
Anamneza				DA NE
Izvid: EMG				DA NE
Zdravila proti strjevanju krvi - katera				
Alergije				DA NE
Stara medicinska dokumentacija				DA NE
Klinični pregled in ocena lokalnega stanja				DA NE
Seznanitev bolnika z operativnim posegom				DA NE
Privolitev za operativni poseg				DA NE
Predoperativne preiskave naročene (izvidi naj ne bodo stari več kot 10 dni na dan operacije):	HEMOGRAM	DA NE	Drugo:	DA NE
Določitev datuma operacije				DA NE
Vpis v čakalno knjigo				DA NE
Operater:				

NAVODILA ZA OPERATIVNI POSEG (USTNO, PISNO)	
Prenehanje jemanja zdravila proti strjevanju krvi teden dni pred operacijo (če jemlje ASPIRIN)	DA NE
Konverzija na Fraxiparine po navodilih antikoagulantne ambulante, v kolikor prejema Marevan, Xarelta,	DA NE
Bolnik prejme navodila za:	
<ul style="list-style-type: none">✓ na dan operacije ni potrebno biti tešč- poseg se opravi v lokalni anesteziji✓ zjutraj na dan operacije naj vzame redno terapijo✓ koža v predelu operativnega polja mora biti čista in brez sprememb (vnetja, poškodbe,....)✓ predel se ne sme obriti✓ za transport po operativnem posegu potrebuje spremstvo odrasle osebe	
S seboj v bolnišnico naj prinese:	
<ul style="list-style-type: none">✓ po možnosti copate in haljo✓ zjutraj se naj stušira✓ ne pozabiti na škatlico za zobno protezo, palico ali bergle, slušni aparat, očala (če uporabljate)✓ doma naj pusti ves nakit, ne imeti s sabo večje količine denarja, dokumentov, razen kartice zdravstvenega zavarovanja✓ tekom hospitalizacije za vse stvari, ki jih ima pri sebi (denarnico, bančne kartice, torbice, mobilni telefon idr.) odgovarja sam	

Ambulantni karton izdan dne:	
Bolnik bo sprejet in operiran dne:	

Posebnosti ob pregledu v kirurški specialistični ambulanti:



DAN OPERACIJE

Bolnik se oglasi v kirurški specialistični ambulanti ob 7.30 uri z vsemi izvidi, zaradi sprejema na oddelek.

Nalepka bolnika

Kartica zdravstvenega zavarovanja:	DA NE
Klinični pregled in anamneza ob sprejemu	DA NE
Ocena lokalnega stanja operativnega predela	DA NE
Ali je bolnik prenehal z jemanjem zdravila proti strjevanju krvi 1 teden pred operacijo	DA NE
Ali je bolnik zjutraj vzel predpisano redno terapijo?	DA NE
Ali ste opazili kakšno spremembo na koži, kjer boste operirani?	DA NE
Kontraindikacija za operativni poseg (vpišite katera):	DA NE
Privolitev za operativni poseg s podpisom bolnika	
IZJAVA BOLNIKA/CE NA OPERATIVNI POSEG SINDROMA KARPALNEGA KANALA	
Zdravnik operater _____ me je seznanil/a z dosedanjimi preiskavami in s predvideno operacijo sindroma karpalnega kanala . Razlago sem razumel/a, lahko sem vprašal/a vse kar me je zanimalo.	
<input type="checkbox"/> Ninam nobenih vprašanj	
<input type="checkbox"/> prosim za dodatna pojasnila: <input type="checkbox"/> o načinu OP, <input type="checkbox"/> pomenu <input type="checkbox"/> posledicah OP <input type="checkbox"/> tveganjih <input type="checkbox"/> dodatnih posegih	
Opombe zdravnika _____	
<input type="checkbox"/> soglašam z operacijo vključno z lokalno anestezijo in možnimi nujnimi dodatnimi posegi. Soglašam tudi s spremembami in razširitvijo posega, če bo to med operacijo potrebno	
<input type="checkbox"/> ne soglašam z operacijo. S posledicami te svoje odločitve sem seznanjen.	
Opombe zdravnika _____	
Datum: _____ podpis bolnika: _____ podpis zdravnika: _____	
Temperaturni list s predpisom:	DA NE
vzpostavitev periferne venske poti	DA NE
premedikacija	DA NE

SPREJEM BOLNIKA

Bolnik dobil :	Pižamo/ spalno srajco	haljo	copate			
Identifikacijska zapestnica na roki:				DA NE		
Osebnostni stvari	ima pri sebi		odnesli svojci			
Kontaktna oseba:	Naslov:		Telefon:			
Datum in ura sprejema :						
Pripomočki:	očala	leče	slušni aparat	bergle	zobna proteza	Drugo:
Podpis sprejemne medicinske sestre						
Transport bolnika na oddelek v spremstvu medicinske sestre					DA NE	
Namestitev bolnika v bolniško sobo in posteljo					DA NE	
Seznanitev bolnika s hišnim redom, pravicami in dolžnostmi					DA NE	
Seznanitev bolnika s prostori na oddelku					DA NE	
Psihična priprava bolnika na operativni poseg					DA NE	
Klinične meritve	RR:	P:	TT:	TV:		
Nastavitev perifernega venskega kanala					DA NE	



Neposredna priprava na operativni poseg:		
- odstranitev pripomočkov (proteza, očala....)		DA NE
- odstranitev nakita		DA NE
- izpraznitev mehurja pred operativnim posegom		DA NE
- priložena medicinska dokumentacija		DA NE
Transport bolnika v operacijsko dvorano v spremstvu medicinske sestre	Sedeči voziček	Postelja
Podpis sobne medicinske sestre in vodje tima		

Posebnosti zdravstvene nege v predoperativnem obdobju:

OPERATIVNI POSEG

Operater:	Asistenca:	
Umita inštrumentarka :	Neumita inštrumentarka II:	
Čas prihoda v operacijsko dvorano		
Namestitev bolnika na operacijsko mizo	Ležeči položaj	
Kirurški varnostni list		DA NE
Ocena stanja kože na operativnem polju	Intaktna	poškodovana
Zaznamki zdravnika operaterja		DA NE
Priprava OP materiala: <ul style="list-style-type: none">- Set (mreža) za SCC- Hernijski set- U folija	Nalepke sterilnosti:	
Aparature	Kutor: Martin DA NE	Esmarch_____
Razkuževanje operativnega polja	Clorhexidin 0,1%	Clorhexidin obarvan 1%
Pokrivanje operativnega polja	material za enkratno uporabo	tekstil
Esmarchovo brezkrvje	_____mmHg, čas uporabe: od _____ do _____	
Lokalni anestetik	1% Xylocacin DA NE	drugo_____
Izvedba operacije		DA NE
Opazovanje bolnika(bolečina, dihanje, zavest slabost)		DA NE
Šivalni material	Resorbilen:	Neresorbilen:
Zapleti		DA NE
Sterilno kritje OP polja		DA NE
Operacijski zapisnik		DA NE

BOLNIK PREMEŠČEN IZ OPERACIJSKE DVORANE NA ODDELEK ob_____

Transport na oddelek	s posteljo	na sedečem vozičku
-----------------------------	------------	--------------------

POOPERATIVNO OBDOBJE

Predpisana pooperativna terapija s strani operaterja / temperaturni list	DA NE
Navodila operaterja za opazovanje bolnika v pooperativnem obdobju	DA NE



OPAZOVANJE		Vrednosti/opažanja		Podpis MS
VITALNE FUNKCIJE	RR, P ob prihodu iz operacijske	RR	P	
	Pred odpustom	RR	P	
OPERATIVNA RANA	Opazovanje preveze operativne rane		DA NE	
OPERIRANA ROKE	Nevrocirkulatorni izpadi		DA NE	
BOLEČINA PO VAS	Po operativnem posegu	VAS		
	Po 1 uri	VAS		
	Ob odpustu	VAS		
TERAPIJA	Apliciramo po naročilu zdravnika (Temperaturni list)		DA NE	
ŽILNI PRISTOP	Pred odpustom vensko kanilo odstranimo		DA NE	
IZOGIBANJE NEVARNOSTIM V OKOLJU	Klicna naprava v dosegu roke		DA NE	
	Ograja glede na tveganje za padec		DA NE	
PREGLED OPERATIVNE RANE, OCENA LOKALNEGA IN SPLOŠNEGA STANJA BOLNIKA	PREVEZE Ob odpustu zdravnik		DA NE	Podpis zdravnika:

ODPUST IZ BOLNIŠNICE (VSAJ 2 ur po OP posegu)

Pacient dobil pisna in ustna navodila in pojasnila v zvezi z bolečino, opazovanjem rane, telesne temperature in dovoljene telesne aktivnosti			DA NE
Odpušno pismo prejel	osebno	prejeli svojci	poslano po pošti
Recepti za analgetik			DA NE
Pisna navodila za izvajanje fizioterapevtskih vaj			DA NE
Naročen na kontrolo	2 dni po operaciji v kirurški specialistični ambulanti V primeru poslabšanja TAKOJ		
Nadaljnje kontrole	Pri osebнем zdravniku, v primeru zapletov KRG amb.		
Vrnjena oblačila in dragocenosti			DA NE
Bolnik odpuščen	Dne:	Ura:	
Bolnik je odpuščen v spremstvu odrasle osebe			DA NE

KONTROLNI PREGLED PO OPERATIVNEM POSEGU

Datum pregleda		
Splošno stanje		
Bolečina po VAS	VAS _____	
Prevez operativnega predela	DA NE	Posebnosti:
Lokalno stanje		
Napotnica za fizikalno terapijo	DA NE	
Nadaljnje kontrole	Pri osebнем zdravniku po končanem zdravljenju pri operaterju	
Pregled opravil:		

POSEBNOSTI IN ODPSTOPANJA OD KLINIČNE POTI

--